

## ကြားကာလ-ထောက်ခံချက်ပြန်လည်ဆန်းစစ်ခြင်း Mid-Certification Review

**အကျိုးခံစားခွင့်များ ဆက်လက်ရရှိရန်အတွက် ကြားကာလ-ထောက်ခံချက်ပြန်လည်ဆန်းစစ်ခြင်းကို စာတိုက်မှသော်လည်းကောင်း၊ လူကိုယ်တိုင် လာရောက်၍သော်လည်းကောင်း သို့မဟုတ် ဖုန်းဆက်ခြင်းဖြင့်သော်လည်းကောင်း သင်ဖြည့်စွက်ပေးရပါမည်။**

ငွေကြေးနှင့်ဆေးကုသမှုဆိုင်ရာတို့အတွက်-

- မေးခွန်းတိုင်းကိုဖြေဆိုပါ။
- ဝင်ငွေအတွက်သက်သေအထောက်အထားပေးပါ။
- ပြောင်းလဲချက်များအတွက် သက်သေအထောက်အထားပေးပါ။
- ဤပုံစံကိုဖြည့်စွက်ပြီးပြန်ပေးပါ။

အခြေခံအစားအစာအတွက် -

- မေးခွန်းနံပါတ် 3 မှ 7 အထိနှင့်နံပါတ် 13 တို့ကို သင်ဖြေဆိုဖို့မလိုပါ။
- အခြေခံအစားအစာအတွက်သာ သင်ရရှိပါက ဤဆန်းစစ်ခြင်းအတွက် ဝင်ငွေသက်သေအထောက်အထားကို သင်ပေးဖို့မလိုပါ။ သို့သော် အကျိုးခံစားမှု တိုးရန်အတွက် သင့်ဝင်ငွေလျော့နည်းသွားခြင်း သက်သေအထောက်အထားကို သင်တင်ပြနိုင်ပါသည်။
- ဤပုံစံကိုဖြည့်စွက်ပြီးပြန်ပေးပါ။

<b>1. အမည်၊ လက်ရှိလိပ်စာနှင့် ဆက်သွယ်ရန်အချက်အလက်</b>				
ပထမအမည်	နောက်ဆုံးအမည်	အမှုသည်မည်သူမည်ဝါဖြစ်ကြောင်းသက်သေခံ (ID) နံပါတ်		
သင်နေထိုင်သည့်လမ်းလိပ်စာ	မြို့	ပြည်နယ်	စစ်ပုံကုတ်	
မြို့စာပို့သည့်လိပ်စာနှင့်မတူညီပါကဖော်ပြရန်	မြို့	ပြည်နယ်	စစ်ပုံကုတ်	
ဖုန်းနံပါတ်	အလုပ်/အခြားဆက်သွယ်ရန်ဖုန်းနံပါတ်			
<b>2. သင့်အိမ်သို့ပြောင်းရွှေ့နေထိုင်သော သို့မဟုတ် သင့်အိမ်မှပြောင်းရွှေ့သွားသောသူများ</b>				
တစ်စုံတစ်ယောက်သည် သင့်အိမ်သို့ပြောင်းရွှေ့လာခဲ့ပါသလား သို့မဟုတ် သင့်အိမ်မှပြောင်းရွှေ့သွားခဲ့ပါသလား။ <input type="checkbox"/> ဟုတ်ပါသည် (အောက်တွင်ဖော်ပြပါ) <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ (အပိုင်း 3 သို့သွားပါ)				
အမည်	သင်နှင့်မည်သို့ ဆွေမျိုးတော်စပ်ပုံ	ပြောင်းရွှေ့ဝင်ရောက်လာသောနေ့	ထိုသူအတွက် အကျိုးခံစားခွင့်ကို သင်ယူလိုပါသလား။	ပြောင်းရွှေ့ထွက်ခွာသွားသောနေ့
<b>3. ကိုယ်ဝန်ဆောင်ခြင်း (အစားအစာထောက်ပံ့ခြင်းအတွက်မလိုအပ်ပါ)</b>				
လွန်ခဲ့သောခြောက်လအတွင်းတွင် တစ်စုံတစ်ယောက်ကိုယ်ဝန်ဆောင်ထားပါသလား။ <input type="checkbox"/> ဟုတ်ပါသည် (အောက်တွင်ဖော်ပြပါ) <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ (အပိုင်း 4 သို့သွားပါ)				
အမည်	မွေးဖွားရန်မျှော်လင့်သည့်နေ့စွဲ	ကိုယ်ဝန်ဆောင်မှုပြီးဆုံးသည့်နေ့စွဲ		
<b>4. မသန်မစွမ်းမှုများရှိနေသောသူ (အစားအစာထောက်ပံ့ခြင်းအတွက်မလိုအပ်ပါ)</b>				
လွန်ခဲ့သောခြောက်လအတွင်း သင့်အိမ်ထောင်စုတွင် မသန်မစွမ်းသောသူတစ်စုံတစ်ယောက်ရှိခဲ့ပါသလား သို့မဟုတ် မသန်မစွမ်းဖြစ်ခဲ့ခြင်း ရှိခဲ့ပါသလား။ <input type="checkbox"/> ရှိပါသည် (အောက်တွင်ဖော်ပြပါ) <input type="checkbox"/> မရှိပါ (အပိုင်း 5 သို့သွားပါ)				
အမည်	မသန်မစွမ်းမှုအမျိုးအစား	စတင်ဖြစ်ပွားသည့်နေ့စွဲ	ပြီးဆုံးသည့်နေ့စွဲ	
<b>5. တသီးပုဂ္ဂလ သို့မဟုတ် အလုပ်နှင့်သက်ဆိုင်သော ကျန်းမာရေးအာမခံ (အစားအစာထောက်ပံ့ခြင်းအတွက်မလိုအပ်ပါ)</b>				
တစ်စုံတစ်ယောက်တွင်တသီးပုဂ္ဂလသို့မဟုတ်အလုပ်နှင့်သက်ဆိုင်သော ကျန်းမာရေးအာမခံရှိပါသလား။ <input type="checkbox"/> ရှိပါသည် (အောက်တွင်ဖော်ပြပါ) <input type="checkbox"/> မရှိပါ (အပိုင်း 6 သို့သွားပါ)				
သက်ဆိုင်သောအတွက်ကိုအမှတ်ခြစ်ပြီး မည်သည့်အာမခံနှင့်ပတ်သက်သော အချက်အလက်များကိုမဆို ဖြည့်စွက်ပါ။				
<input type="checkbox"/> ကျွန်ုပ်တို့တွင်တသီးပုဂ္ဂလကျန်းမာရေးအာမခံ သို့မဟုတ်ကျွန်ုပ်တို့၏ အလုပ်ရှင်မှတစ်ဆင့်ရရှိသော ကျန်းမာရေးအာမခံရှိပါသည်။				
<input type="checkbox"/> ကျွန်ုပ်တို့၏တသီးပုဂ္ဂလကျန်းမာရေးအာမခံ သို့မဟုတ်ကျွန်ုပ်တို့၏ အလုပ်ရှင်မှတစ်ဆင့်ရရှိသော ကျန်းမာရေးအာမခံတွင် ဆရာဝန်များ၊ ဆေးရုံ၊ ဓာတ်မှန်နှင့် ဓာတ်ခွဲခန်းဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ကုန်ကျစရိတ်များ ပါဝင်ပါသည်။				
<input type="checkbox"/> လွန်ခဲ့သောလေးလအတွင်း ကျွန်ုပ်တို့အလုပ်မှရသော ကျန်းမာရေးအာမခံရှိခဲ့ပါသည်။ သို့သော်လည်း ယခုအခါတွင်မရှိတော့ပါ။				
အာမခံကုမ္ပဏီ/ အလုပ်ရှင်	ပေါ်လစီနံပါတ်	ပေါ်လစီထားသူ၏ အမည်	ပေါ်လစီထားသူ၏ SSN	ကုန်ကျစရိတ်ကျခံပေးသည့် ပုဂ္ဂိုလ်(များ)၏ အမည်



**6. ငွေကြေးအရင်းအမြစ်များ (အစားအစာထောက်ပံ့ခြင်းအတွက်မလိုအပ်ပါ)**

သင့်မိသားစုဝင်များတွင်ငွေကြေးအရင်းအမြစ်များရှိပါသလား။  ရှိပါသည် (အောက်တွင်ဖော်ပြပါ)  မရှိပါ (အပိုင်း 7 သို့သွားပါ)

ချက်လက်မှတ်	စုငွေများ	စတော့များ	ဘောင်းခေါ်ငွေချေးစာချုပ်များ
\$	\$	\$	\$

အထက်တွင်ဖော်ပြထားသောငွေကြေးအရင်းအမြစ်များကိုပိုင်ဆိုင်သူ၏အမည် -

**7. ယာဉ်များ (အစားအစာထောက်ပံ့ခြင်းအတွက်မလိုအပ်ပါ)**

လွန်ခဲ့သောခြောက်လအတွင်း တစ်စုံတစ်ယောက်သည် မော်တော်ယာဉ်တစ်စီးရရှိခဲ့ပါသလား။  ရှိပါသည် (အောက်တွင်ဖော်ပြပါ)  မရှိပါ (အပိုင်း 8 သို့သွားပါ)

ပိုင်ရှင်၏အမည်	ပြုလုပ်သူ (ဖိုဒါ၊ ရှက်စီ၊ ဒေါ့ဂျီ)	မော်ဒယ် (ဖိုးကပ်စ်၊ ဘလေဇာ၊ နီယွန်)	မော်ဒယ်နံပါတ် (1998, 2004)	လက်ရှိတန်ဖိုး	ပေးရန်ကျန်ရှိသော ငွေပမာဏ	ငှားရမ်းထားသော ယာဉ်ဖြစ်ပါသလား။
						<input type="checkbox"/> ရှိပါသည် <input type="checkbox"/> မရှိပါ

**8. ဝင်ငွေအသစ်/ရပ်ဆိုင်းသွားသောဝင်ငွေ**

လွန်ခဲ့သောခြောက်လအတွင်း တစ်စုံတစ်ယောက်သည် ဝင်ငွေစတင်ရရှိခဲ့ပါသလား သို့မဟုတ် ဝင်ငွေရပ်ဆိုင်းသွားခဲ့ပါသလား။  ဟုတ်ပါသည် (အောက်တွင်ဖော်ပြပါ)  မဟုတ်ပါ (အပိုင်း 9 သို့သွားပါ) (အလုပ်အသစ်/ အလုပ်လက်မဲ့နှစ်နာကြေးငွေ/ လူမှုလုံခြုံရေး/ L&I အကျိုးခံစားခွင့်/ ကလေးသူငယ်ထောက်ပံ့ရေး)

ပုဂ္ဂိုလ်၏အမည်	အလုပ်ရှင် သို့မဟုတ် အခြားဝင်ငွေအရင်းအမြစ်	ဝင်ငွေစတင်ရရှိခြင်း သို့မဟုတ် ရပ်ဆိုင်းသွားခြင်း ရှိခဲ့ပါသလား။	ဝင်ငွေစတင်ရှိသည့် နေ့စွဲ	ဝင်ငွေရပ်ဆိုင်းသွားသည့် နေ့စွဲ
		<input type="checkbox"/> စတင် <input type="checkbox"/> ရပ်ဆိုင်း		

**9. ဝင်ငွေများ/ ကိုယ်ပိုင်လုပ်ငန်းမှဝင်ငွေ**

ဝင်ငွေရရှိသူ၏အမည်	သင့်ဝင်ငွေ မှန်ကန်ကြောင်း ထောက်ခံနိုင်သည့် အလုပ်ရှင်နှင့် ဆက်သွယ် ရမည့် ပုဂ္ဂိုလ်အမည်	အလုပ်ရှင်၏ ဖုန်းနံပါတ်	လုပ်ခနှုန်းထား (တစ်နာရီ \$8/ တစ်လ \$1,200/ ဘူရှယ်တစ်ခု \$2)	တစ်ပတ်အလုပ် လုပ်သောနာရီ	လုပ်ခရသောနေ့များ (10 <sup>TH</sup> နှင့် 25 <sup>TH</sup> / တစ်ပတ်ခြား သောကြာ နေ့တိုင်း/ အင်္ဂါနေ့တိုင်း / နေ့စဉ်)
			\$ လျှင်		
			\$ လျှင်		

**အစားအစာအထောက်အပံ့အတွက်**

သင့်အိမ်တွင် သင်သို့မဟုတ်အခြားတစ်ယောက်ယောက်မှာ ကျန်းမာသန်စွမ်းပြီး မှီခိုမည့်သူမရှိဘဲ အစားအစာ ထောက်ပံ့မှုကို ရရှိနေသည်ဆိုပါက၊ သီတင်းတစ်ပတ်အလုပ်ချိန်သည် နာရီ 20 အောက်လျော့နည်းသွားပါသလား။  မှန်ပါသည်  မမှန်ပါ

**10. ဥပဒေအရသင်ပေးရသည့်ကလေးသူငယ်ထောက်ပံ့ကြေး**

တစ်စုံတစ်ယောက်၏ ကလေးသူငယ်ထောက်ပံ့ရေးအမိန့်စာမှာ ပြောင်းလဲသွားခဲ့ပါသလား။  ဟုတ်ပါသည် (အောက်တွင်ဖော်ပြပါ)  မဟုတ်ပါ (အပိုင်း 11 သို့သွားပါ)

ဥပဒေအရကလေးသူငယ် ထောက်ပံ့ကြေးပေးရန် တာဝန်ရှိသည့်ပုဂ္ဂိုလ်၏ အမည်	ထောက်ပံ့ရေး အမိန့်စာတွင်ပါသော ထောက်ပံ့ကြေးပေးသည့် ကလေး၏အမည်	ကလေးသူငယ်ထောက်ပံ့ရေး အမိန့်စာ၏လအရေအတွက်	ငင်းတိုက်စဉ်ပေးရသည့် ထောက်ပံ့ကြေးငွေ
		\$	\$

**11. အခြားဝင်ငွေအရင်းအမြစ်များ**

ဝင်ငွေရရှိသောသူ၏အမည်	ဝင်ငွေအရင်းအမြစ် (လူမှုလုံခြုံရေး/ ကလေးသူငယ် ထောက်ပံ့ရေး/ L&I အကျိုးခံစားခွင့်များ/ အလုပ်လက်မဲ့နှစ်နာကြေးငွေ)	အကြိမ်မည်မျှ ရရှိပါသနည်း (အပတ်စဉ်/လစဉ်)	လစဉ်ရရှိသည့် ငွေကြေးပမာဏ
			\$
			\$



**12. အိမ်ငှား/ပေါင်နှံခြင်း/အခွန်ငွေများနှင့်စည်းကမ်းပြဋ္ဌာန်းချက်အရမဖြစ်မနေပေးဆောင်ရသောအခများ**

အောက်ဖော်ပြပါကုန်ကျစရိတ်များအတွက်လစဉ်ငွေကြေးပမာဏများကိုရေးပါ	ပေါင်နှံခြင်း သို့မဟုတ် ငှားရမ်းခြင်းတွင်သင်ထည့်သွင်းတင်ပြထားခြင်း မရှိပါက အောက်ဖော်ပြပါကုန်ကျစရိတ်များအတွက် နှစ်စဉ်ငွေကြေးပမာဏများကိုရေးပါ
ပေါင်နှံခြင်း/ ငှားရမ်းခြင်း - \$ _____ သင့်ငှားရမ်းမှု အစိတ်အပိုင်းတစ်ခုခုအား အခြားတစ်စုံတစ်ယောက် သို့မဟုတ် အေဂျင်စီတစ်ခုကပေးပါသလား။ <input type="checkbox"/> ဟုတ်ပါသည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ သူတို့မည်မျှပေးသနည်း - \$ _____ သင်မည်မျှပေးသနည်း - \$ _____ ငှားရမ်းသောနေရာ - \$ _____ လိုအပ်သောငှားရမ်းစရိတ် - \$ _____	အဆောက်အဦအခွန်ငွေ - \$ _____ အိမ်ပိုင်ဆိုင်သူ၏အာမခံ - \$ _____ အသင်းအဖွဲ့/ကွန်ဒိုအခကြေးငွေ - \$ _____

အိမ်ပိုင်ရှင်အမည် - \_\_\_\_\_ အိမ်ပိုင်ရှင်၏ဆက်သွယ်ရန်ဖုန်းနံပါတ် - \_\_\_\_\_

**13. မီးဖိုချောစသည်ကုန်ကျစရိတ်များ (အစားအစာထောက်ပံ့ခြင်းအတွက်မလိုအပ်ပါ)**

မီးဖိုချောစသည်ကုန်ကျစရိတ်များကိုသင်ပေးရပါသလား။  ပေးရပါသည် (အောက်တွင်ဖော်ပြပါ)  မပေးရပါ (အပိုင်း 14 သို့သွားပါ)  
 အပူပေးခြင်းသို့မဟုတ်အအေးဓာတ်ပေးခြင်းတို့အတွက်သင်ပေးရပါသလား။  ပေးရသည်  မပေးရပါ  
 သင်ရရှိသောအဓိကအပူဓာတ်မှာအဘယ်နည်း။ \_\_\_\_\_  
 အောက်တွင်ဖော်ပြထားသောမည်သည့်ကုန်ကျစရိတ်များကိုသင်ပေးရပါသနည်း။ သင်ပေးရသောအရာအားလုံးကိုအမှတ်ခြစ်ပါ။  
 လျှပ်စစ်  ဂက်စ်  ရေ/ ရေမြောင်း  
 တွင်းသို့မဟုတ်အညစ်အကြေးစွန့်ခြင်းဆိုင်ရာထိန်းသိမ်းခြင်း  အမှိုက်သိမ်းခြင်း  တယ်လီဖုန်းဝန်ဆောင်မှုများ

**14. ထိုးမြဲလက်မှတ်နှင့်နေ့စွဲ**

ဤပုံစံကိုလက်မှတ်ရေးထိုးခြင်းဖြင့် ဤစာရွက်ပေါ်တွင်ကျွန်ုပ်ပေးသော အချက်အလက်များသည် မှန်ကန်ကြောင်းနှင့် ကျွန်ုပ်တတ်စွမ်းသမျှ အကောင်းဆုံးဖြည့်စွက်ထားခြင်းဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ်အတည်ပြုပြောဆိုပါသည်။ ဤပုံစံပေါ်ရှိကျွန်ုပ်ပေးသောအချက်အလက်များသည် ကျွန်ုပ်၏အကျိုးခံစားခွင့်များကို ရုပ်ဆိုင်နိုင် သို့မဟုတ် လျော့ကျစေနိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ်သိပါသည်။ သိလျက်နှင့် မှားယွင်းစွာထွက်ဆိုရေးသားခြင်း သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်သတင်းပို့သင့်သည်ကို သိလျက်နှင့် သတင်းမပို့ပဲ ထိန်းချန်ထားခြင်းတို့ကြောင့် ငွေကြေး၊ အစားအစာ သို့မဟုတ် ဆေးဝါး အကျိုးခံစားခွင့်များကို မမှန်ကန်စွာရယူခြင်းသည် ရာဇဝတ်မှုဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ်သိပါသည်။ ကျွန်ုပ်ပေးသောအချက်အလက်များမှာ မမှန်ကန်ပါက ရာဇဝတ်မှုကြောင်းဆိုင်ရာ အရေးယူခြင်း ခံရမည်ဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ်သိပါသည်။ အစားအစာထောက်ပံ့ရေးဆိုင်ရာ စည်းမျဉ်းများကို သိလျက်နှင့်ဖောက်ဖျက်ပါက အရည်အချင်းပြည့်မီမှုမရှိခြင်း၊ ဒဏ်ကြေးဆောင်ရခြင်း သို့မဟုတ် ထောင်ကျခြင်းအပါအဝင် ကျရောက်မည်ဖြစ်သောများကိုလည်း ကျွန်ုပ်သိပါသည်။ ငွေကြေး သို့မဟုတ် အစားအစာထောက်ပံ့ခြင်းတို့အတွက် ကျွန်ုပ်၏အကျိုးခံစားခွင့်များကို တိုးစေမည့် ဝင်ငွေပြောင်းလဲခြင်းအတွက် သက်သေအထောက်အထားကို ကျွန်ုပ်တင်ပြခြင်းမရှိပါက ကျွန်ုပ်၏အကျိုးခံစားခွင့်များကို ဆုံးဖြတ်ရာတွင် ထိုအပြောင်းအလဲများကို ထည့်သွင်းစဉ်းစား အသုံးပြုလိမ့်မည်မဟုတ်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။

အိမ်ထောင်ဦးစီး သို့မဟုတ် အခွင့်ရကိုယ်စားလှယ်၏လက်မှတ် \_\_\_\_\_ နေ့စွဲ \_\_\_\_\_

